



COVID-19

कृपया आज अपना काम शुरू करने से पहले पूरा करें।

नाम: _____ तारीख: _____ समय: _____

1.) क्या आपमें निम्नलिखित में से कोई नए या और खराब होते लक्षण या संकेत है?*

हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	
	बुखार या ठंड लगना		खाँसी		साँस लेने में तकलीफ़ या साँस की परेशानी		गले में खराश, निगलने में परेशानी
हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	
	बहती / भरी हुई नाक		स्वाद या गंध में कमी या हानि		मतली, उल्टी, दस्त		अच्छा न लगना अत्यधिक थकान महसूस होना, मांसपेशियों में दर्द होना

2) क्या आप पास उचित PPE पहने बिना कोविड-19 की पुष्टि हुए या संभावित मामले वाले व्यक्ति के निकट संपर्क में आए थे?

हाँ नहीं

3.) क्या आपने पिछले 14 दिनों में कनाडा से बाहर यात्रा की है? हाँ नहीं

यदि आपको कोई मौजूदा स्वास्थ्य समस्या है जो आपको ऐसे लक्षण देता है तो आपको हाँ में जवाब नहीं देना चाहिए, जब तक कि लक्षण नया हो, अलग हो या और भी खराब हो रहा हो। अपने सामान्य लक्षणों में बदलाव को देखें।

यदि आपने इनमें से किसी भी प्रश्न का उत्तर हाँ में दिया है, तो घर जाएँ और सेल्फ़ आइसोलेट हो जाएँ। क्या आपको परीक्षण की आवश्यकता है यह जानने के लिए टेलीहेल्थ या अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को कॉल करें।

यदि आपने इन सभी सवालों के जवाब नहीं में दिए हैं, तो आप पास हो गए हैं और काम पर जा सकते हैं/अपनी गतिविधि में भाग ले सकते हैं।

ऑटोरियो रेगुलेशन 364/20 के अनुसार निम्नलिखित प्रश्नों का उपयोग कार्यस्थल (व्यवसाय या संगठन) में प्रवेश से पहले कोविड-19 के लिए स्क्रीनिंग करने के लिए किया जाता है। उनका उपयोग अन्य गतिविधियों के लिए भी किया जा सकता है।